



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

Journal homepage: <http://journals.iztacala.unam.mx/>



Eating disorders: Detection in female and male adolescents in Buenos Aires. A two-stage study

Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires.
Un estudio de doble fase

Guillermina Rutzstein*, Brenda Murawski*, Luciana Elizathe* ** y M. Luz Scappatura* **

* Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires

** Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

Abstract

The aim of the study is to compare habits, behaviours and eating attitudes, as well as the degree of satisfaction with body image present in female and male students from high schools in Buenos Aires (Argentina). Also, to identify those adolescents who present eating disorders. A two-stage study was carried out with a sample conformed by 454 female and male students, between 13 and 18 years of age, from four high schools. In the first stage, the subjects voluntarily completed the following instruments: *Sociodemographic and specific symptoms of eating disorders questionnaire*, *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)* and *Contour Drawing Rating Scale (CDRS)*. In the second stage, a semi-structured interview based on *Eating Disorder Examination (EDE)* was conducted with each of those students identified like "probable cases", in order to confirm or not the presence of an eating disorder. When compared both groups, there was found a significantly higher proportion of female students that are unsatisfied with their body image, went on a diet the last year, and self-induced vomiting in order to maintain or lose weight. Female students show significantly higher scores in five subscales of EDI-2 ("Drive for thinness", "Bulimia", "Body dissatisfaction", "Ineffectiveness" and "Interceptive awareness"). However, male students show a significantly higher score in "Perfectionism". Finally, it was determined that a significantly higher proportion of female students present some type of eating disorder: (14.1% vs. 2.9%).

Resumen

El presente estudio se propone comparar hábitos, conductas y actitudes alimentarias, así como grado de satisfacción con la imagen corporal que presentan mujeres y varones de escuelas medias de Buenos Aires (Argentina). También estimar la prevalencia de trastornos alimentarios. Se trata de un estudio de doble fase en el que participaron 454 estudiantes, mujeres y varones entre 13 y 18 años, provenientes de cuatro escuelas secundarias. En la primera fase, los participantes completaron voluntariamente los siguientes instrumentos: *Cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos de la conducta alimentaria*, *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)* y *Contour Drawing Rating Scale (CDRS)*. En la segunda fase, se realizó una entrevista diagnóstica semiestructurada basada en el *Eating Disorder Examination (EDE)* con cada uno de aquellos estudiantes identificados como "probables casos", con el fin de confirmar o no, la presencia de trastorno alimentario.

Al comparar ambos grupos, se encontró que una proporción significativamente mayor de mujeres se encuentra insatisfecha con su imagen corporal, realizó dietas en el último año y se provoca vómitos con el fin de mantener o bajar de peso. Las mujeres presentaron puntajes significativamente mayores en cinco subescalas del EDI-2 (*Búsqueda de delgadez*, *Bulimia*, *Insatisfacción con la imagen corporal*, *Ineficacia* y *Conciencia interoceptiva*). En cambio, los hombres puntuaron significativamente más alto en *Perfeccionismo*. Finalmente, se determinó que una proporción significativamente mayor de mujeres presenta algún tipo de trastorno alimentario (14.1% vs. 2.9%).

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Recibido 20 de junio de 2010

Revisado 30 de junio de 2010

Aceptado 15 de julio de 2010

Key Words: Eating disorders, prevalence, Argentina, females/males

Palabras clave: Trastornos alimentarios, prevalencia, Argentina, mujeres/varones

Introducción

El aumento de la incidencia y la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en el mundo occidental, ha alcanzado una especial relevancia en las últimas tres décadas. Un indicador del

reconocimiento del impacto de estos trastornos en la salud de la población, es la creciente atención que organismos internacionales y estatales comenzaron a conceder a los mismos, a través del desarrollo de programas de prevención y de tratamientos especializados (Gil, Candela & Rodríguez, 2003; Soldado, 2006). En Argentina es reciente la sanción de la Ley 26.396 que asegura la cobertura de su tratamiento por los efectores del sistema de salud y crea un Programa Nacional de Prevención y Control de los trastornos

alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud.

Si bien la literatura especializada destaca el aumento en las tasas de incidencia y prevalencia de estos cuadros (Machado, Machado, Goncalves & Hoek, 2007; Vega, Rasillo, Lozano, Rodríguez & Martín, 2005) y su presentación en edades cada vez más tempranas (Arnal & Guirado, 2003; Correa, Zubarew, Silva & Romero, 2006; McVey, Tweed & Blackmore, 2004), lo cierto es que las estimaciones de la prevalencia e incidencia de los TCA varían dependiendo de la metodología empleada en los estudios epidemiológicos (instrumentos utilizados, estudios de una o doble fase) y de la muestra elegida (franja etaria, exclusivamente mujeres o inclusión de varones).

Con respecto a la metodología empleada para estimar la prevalencia e incidencia de los TCA, es importante destacar que ésta se fue refinando en los últimos años. En una primera época, numerosos estudios epidemiológicos se centraron en la detección de casos de TCA exclusivamente a través del empleo de cuestionarios autoadministrables. Si bien éstos ofrecían la ventaja de poder aplicarse en formato grupal, reduciendo los costos y tiempos, actualmente existe un consenso en la comunidad científica acerca de la importancia de realizar, en una segunda fase, entrevistas "cara a cara" con el fin de poder determinar de manera fehaciente el diagnóstico de TCA (Peláez, 2003; Peláez, Labrador & Raich, 2005). Parecería ser que en estas entrevistas diagnósticas se reducirían los errores asociados a la comprensión de los ítems (Peláez, Labrador & Raich, 2004), razón por la cual los llamados "estudios de doble fase" están recibiendo un creciente impulso en los últimos años.

Peláez, Labrador y Raich (2008) evaluaron la proporción de casos de TCA identificados a partir de la metodología tanto de una fase, como de doble fase. Este estudio muestra que la estimación de la prevalencia de TCA en adolescentes de 14 a 18 años, de ambos sexos, fue del 6.2% con el protocolo de una fase y se redujo al 3% con el protocolo de doble fase; concluyendo que el estudio de doble fase permite una estimación más precisa de la prevalencia de estos trastornos.

Una investigación realizada en Argentina en el período 1995/1997, señala que la prevalencia de los TCA alcanzó un porcentaje del 13% en adolescentes mujeres (Quiroga, Zonis & Zukerfeld, 1998). Otro estudio más reciente realizado con una muestra de 1971 mujeres y varones, entre 10 y 19 años de Argentina, muestra que el 6.95% de los adolescentes que concurren al consultorio del pediatra, presenta algún TCA (Bay et al., 2005). Si bien este último estudio se realizó con una muestra muy específica, utilizó una metodología de doble fase al incluir además de los cuestionarios autoadministrables, un cuestionario completado por el pediatra en el contexto de una entrevista diagnóstica.

Diversos estudios hallaron que la prevalencia de TCA difiere según el sexo. Mientras que la prevalencia estimada de anorexia nerviosa en mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados es de 0.5% a 1%, la de bulimia nerviosa es de 1% a 3% y la de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados es de 3%, se calcula que entre los varones la prevalencia sería nueve veces menor (Peláez et al., 2005). Para explicar estas diferencias, algunos autores (Strober, Freeman, Lampert, Diamond & Kaye, 2001) han sugerido que las mujeres presentan una mayor predisposición genética así como también una mayor exposición a factores socioculturales para desarrollar un TCA. Por otra parte, se han planteado ciertas dificultades en la detección de los TCA en población masculina. Esto podría deberse en parte, a que los hombres no suelen hacer explícito el deseo de estar más delgados (Keel, Baxter, Heatherton & Joiner, 2007).

Además, el hecho que las mujeres muestren mayor insatisfacción con la imagen corporal, ha puesto de relieve el interrogante acerca de si los instrumentos actuales detectan de modo adecuado la insatisfacción con la imagen corporal en hombres (Baile, Raich & Garrido, 2003). Por último, si bien la prevalencia de los TCA es relativamente escasa entre los varones, algunos estudios señalan que una alta proporción de varones presentaría, al menos, conductas alimentarias de riesgo (Sepúlveda, Gandarillas & Carrobbles, 2004).

Más allá de las tasas de prevalencia, otra línea de investigación se ha abocado a trabajar sobre las diferencias existentes entre mujeres y varones en relación a la presencia de conductas y actitudes habitualmente asociadas a los TCA. En población general, se han hallado diferencias en cuanto a hábitos alimentarios y grado de satisfacción con la imagen corporal, siendo las mujeres las que presentan mayor búsqueda de delgadez e insatisfacción con su imagen (Casullo, Castro- Solano & Góngora, 1996; Herrero & Viña, 2005; Lameiras, Calado, Rodríguez & Fernández, 2003; Rutzstein et al., 2004). En este mismo sentido, otro estudio realizado con adolescentes de entre 11 y 18 años, concluye que las mujeres se mostraron más preocupadas e insatisfechas que los varones (Espina, Ortego, De Alda, Aleman & Juaniz, 2001).

Por otra parte, en lo que respecta a los estudios realizados con pacientes varones con TCA, los resultados en torno a sus similitudes o diferencias con respecto a la presentación de estas patologías en mujeres son controvertidos. Así, algunos autores hallaron más similitudes que diferencias entre ambos sexos (Blake et al., 2001; Bramon-Bosch, Troop & Treasure, 2000; Torres et al., 2009), en tanto que otros autores han señalado diferencias clínicas, tales como: edad de aparición del trastorno, antecedentes de trastornos psiquiátricos y de obesidad en los padres, índice de masa corporal ideal e identidad sexual (Bramon-Bosch et al., 2000).

Existe acuerdo entre los especialistas con respecto a que la detección de casos en población no consultante es de suma importancia, dado que la intervención precoz por medio de un equipo interdisciplinario y especializado en estas patologías resulta indispensable para la recuperación de los pacientes con TCA (Rutzstein, 1996, 2005). Por otro lado, aunque la prevalencia de TCA es menor entre los varones, existen datos que apuntan a la presencia de conductas de riesgo asociadas a los TCA en población masculina, situación que haría necesario un estudio más pormenorizado para su detección (Sepúlveda et al., 2004). Es probable que las alteraciones alimentarias en los varones respondan más al ideal de muscularidad que al de delgadez, constituyendo un riesgo

para el desarrollo de un cuadro de dismorfia muscular (Rutzstein et al., 2004).

Este estudio se propone comparar hábitos, conductas y actitudes alimentarias, así como el grado de satisfacción con la imagen corporal que presentan mujeres y varones adolescentes escolarizados de Buenos Aires, así como también identificar aquellos casos que presentan TCA.

Método

Muestra

Se trata de un estudio descriptivo transversal y comparativo, de doble fase. La muestra intencional estuvo conformada por 454 adolescentes (283 mujeres y 171 varones) entre 13 y 18 años, estudiantes de cuatro escuelas secundarias de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires (dos públicas y dos privadas) que participaron de manera voluntaria.

Los criterios de inclusión fueron: tener entre 13 y 18 años de edad, estar cursando estudios en una escuela media de la Ciudad de Buenos Aires o Gran Buenos Aires, haber aceptado participar del estudio, contar con la autorización de las autoridades escolares y presentar el consentimiento informado firmado por alguno de los padres. Se excluyeron del estudio aquellos estudiantes que presentaron dificultades graves de comunicación y comprensión.

Instrumentos

- *Cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos de la conducta alimentaria:* Este instrumento autoadministrable fue diseñado *ex profeso* para esta investigación y se utilizó con el fin de recabar información sobre la edad, el nivel de escolaridad y la composición del núcleo familiar. También se indagó acerca de la altura, el peso actual, el peso deseado, los hábitos alimentarios, la realización de dietas, la regularidad de los ciclos menstruales, la percepción de la imagen corporal y la presencia de conductas compensatorias inapropiadas con el fin de bajar o mantener el peso: actividad física excesiva, vómitos autoinducidos, consumo de laxantes, diuréticos o pastillas para adelgazar. Además, los estudiantes fueron pesados y medidos por un médico

hebiatra según las normas antropométricas de medición de la Sociedad Argentina de Pediatría (1986). Luego, se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC). Se trata de un indicador que permite relacionar el peso con la altura de la persona con el fin de evaluar si presenta un peso saludable.

- *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)* (Garner, 1991; adaptación Rutzstein et al., 2006). Se trata de un inventario multidimensional autoadministrable que evalúa la presencia de síntomas asociados con los TCA y que se utiliza como instrumento de cribado para detectar población de riesgo. El *EDI-2* está conformado por 11 subescalas que organizan a 91 ítems a los que se puede responder con las siguientes 6 posibilidades: *siempre, casi siempre, a menudo, a veces, pocas veces y nunca*. Las tres primeras subescalas llamadas “de riesgo” evalúan actitudes y comportamientos con respecto a la alimentación, el peso y la imagen corporal. Ellas son: *Búsqueda de delgadez, Bulimia e Insatisfacción con la imagen corporal*. Las subescalas restantes evalúan rasgos psicológicos asociados a los TCA que son clínicamente relevantes (*Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia interoceptiva, Miedo a madurar, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social*). La consistencia interna de las subescalas fue examinada por medio del estadístico α de Cronbach. Las tres “*Subescalas de riesgo*” mostraron índices adecuados, que oscilaron entre .73 y .87. De las ocho subescalas restantes que evalúan los rasgos psicológicos asociados a los TCA, siete presentaron índices adecuados de consistencia interna, que oscilaron entre .62 y .80. Sólo la subescala *Ascetismo* presentó un índice de fiabilidad bajo ($\alpha = .46$).

- *Contour Drawing Rating Scale (CDRS)* (Thompson & Gray, 1995). Se trata de una escala gráfica autoadministrable de siluetas femeninas para las mujeres, y masculinas para los varones, que evalúa el grado de satisfacción con la imagen corporal, al analizar la diferencia entre la imagen corporal que el sujeto desea tener (Figura deseada) y la que cree tener (Figura percibida). Las siluetas dibujadas son 9 y conforman una graduación que se extiende desde una silueta muy delgada hasta la última que repre-

senta un sobrepeso importante. En estudios previos con población argentina esta escala gráfica ha mostrado discriminar entre adolescentes con TCA y sin TCA de forma similar a otras medidas externas de insatisfacción con la imagen corporal (Rutzstein et al., 2009).

- *Entrevista diagnóstica semiestructurada*. Se trata de una entrevista individual “cara a cara” basada en el *Eating Disorder Examination (EDE)* (Fairburn & Cooper, 1993). Consiste en una serie de preguntas abiertas y cerradas que contemplan los criterios para el diagnóstico de TCA (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno alimentario no especificado) explicitados en los sistemas operativos de diagnóstico vigentes, tales como el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Procedimientos

Se informó a los participantes y a sus padres, como así también a las autoridades escolares, el objetivo del estudio y se solicitó la autorización correspondiente para llevarlo a cabo. Tal como lo indican los principios éticos vigentes, se les aseguró a cada uno de los sujetos el carácter confidencial de la información brindada y se les informó que la participación en esta investigación era voluntaria.

En la primera fase, todos los participantes del estudio completaron el *Cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos de la conducta alimentaria*, el *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)* (Garner, 1991; adaptación Rutzstein et al., 2006) y el *Contour Drawing Rating Scale (CDRS)* (Thompson & Gray, 1995). Dichos cuestionarios autoadministrables fueron completados en grupo en un aula de la institución educativa durante el horario de clase, previa introducción y lectura del instructivo. Además, los participantes fueron pesados y medidos, individualmente y en un aula diferente a la utilizada para la administración grupal, por un médico hebiatra según las normas antropométricas de medición de la Sociedad Argentina de Pediatría (1986).

Luego del análisis de los datos recabados, se seleccionaron los “*probables casos de TCA*” y también

a un número similar de estudiantes “*controles*” para ser convocados en la segunda etapa. Se consideró como “*probable caso de TCA*” al sujeto que presentaba alguna de las siguientes condiciones: a) un puntaje igual o superior al punto de corte establecido por Garner (1991) en alguna de las tres primeras subescalas del *EDI-2: Búsqueda de Delgadez* (≥ 14), *Bulimia* (≥ 7) o *Insatisfacción con la Imagen Corporal* (≥ 16); b) conductas purgativas con el fin de bajar o mantener el peso, aunque no alcanzaran el punto de corte establecido en las subescalas del *EDI-2*; o c) combinación de diferentes características asociadas a los TCA (tales como amenorrea primaria, amenorrea secundaria, insatisfacción con la imagen corporal, distorsión de la imagen corporal, conducta dietante con el fin de bajar de peso, entre otras), aunque no alcanzaran el punto de corte establecido en las subescalas del *EDI-2* -pero con puntajes muy próximos- ni presentaran conductas purgativas.

Se consideró como “*control*” al sujeto que presentaba las mismas características en cuanto a sexo, edad, IMC, año y división del curso, que alguno de los “*probables casos de TCA*” pero que no cumplía con los criterios previamente explicitados para ser identificado como “*probable caso de TCA*”. Se incluyeron como “*controles*”, y en forma apareada, la misma cantidad de “*probables casos de TCA*” identificados.

En la segunda fase, profesionales entrenados “*ciegos*” llevaron a cabo la *Entrevista diagnóstica semiestructurada* con los “*probables casos de TCA*” (con el fin de corroborar la presencia de TCA y establecer el diagnóstico) y con los “*controles*” (con el fin de reducir los sesgos asociados al instrumento de barrido). Finalmente, las entrevistas fueron analizadas por un grupo de profesionales “*ciegos*” con el fin de confirmar o refutar la presencia de TCA.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico *SPSS para Windows* (versión 15.0). Se realizó el análisis descriptivo de los resultados. Se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney para el análisis de las variables que no cumplen con los supuestos para ser analizadas mediante pruebas paramétricas; y en las que sí los

cumplen se utilizó la prueba t de Student. Para la comparación de las proporciones se utilizó la prueba de proporciones.

Resultados

La edad media de los sujetos estudiados fue 14.75 años (DE = 1.28). La edad media de las mujeres fue 14.77 años (DE = 1.27) y la de los varones fue 14.71 años (DE = 1.31). La diferencia entre los grupos no resultó estadísticamente significativa [$t(452) = -0.46, p = .648$].

No se hallaron diferencias significativas en cuanto a composición familiar de ambos grupos. Tanto las mujeres como los varones, provienen mayoritariamente de familias nucleares biparentales (61.8% vs. 60.8%) y tanto la madre (74.9% vs. 81.3%) como el padre (92.6% vs. 88.3%) trabajan.

Variables antropométricas y peso deseado

En la Tabla 1 se presentan los puntajes promedio de estas variables para ambos grupos. Si bien, tanto el peso [$t(264) = 7.7, p < .001$] como la altura [$t(272) = 13.5, p < .001$] de las mujeres son significativamente inferiores, no lo es el IMC [$t(285) = 1.5, p = .123$]. Tanto las mujeres como los varones desean pesar menos de lo que pesan, aunque la diferencia promedio entre el peso deseado y el peso actual en las mujeres, es significativamente mayor que en sus pares varones [$t(245) = 3.1, p = .002$].

Además, se crearon cinco categorías para analizar la distribución del IMC: Delgadez, Bajo peso, Peso normal, Sobrepeso y Obesidad. Se consideró un IMC menor de 17 kg/m² como criterio para definir Delgadez en niños y adolescentes (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000), un IMC entre 17 kg/m² y 18.49 kg/m² se consideró Bajo peso y un IMC entre 18.5 kg/m² y 24.99 kg/m² Peso normal (World Health Organization, 2006). Para definir Sobrepeso y Obesidad se tomaron en cuenta los criterios utilizados por la *International Obesity Task Force* para niños y adolescentes, estos puntos de corte coinciden con los del adulto: 25 kg/m² y 30 kg/m² respectivamente (Gotthelf & Jubany, 2005). No se hallaron diferen-

Tabla 1 – Características de la muestra: edad, variables antropométricas y peso deseado

	MUJERES		VARONES		t de Student	
	n ⁺	Media (DE)	n ⁺	Media (DE)	t	p
Edad Promedio (años)	283	14.77 (1.27)	171	14.71 (1.31)	-0.5	.648
Peso actual (kg)	253	54.19 (9.86)	156	63.46 (13.01)	7.7	.000 ***
Altura actual (m)	261	1.61 (0.07)	158	1.72 (0.09)	13.5	.000 ***
Índice de Masa Corporal (kg/m ²)	253	20.89 (3.24)	156	21.46 (3.87)	1.5	.123
Peso deseado (kg)	271	50.04 (6.47)	162	60.78 (10.09)	12.1	.000 ***
Diferencia entre Peso deseado y Peso actual (kg)	241	-4.49 (6.44)	147	-1.96 (8.65)	3.1	.002 **

Nota.

⁺No todos los sujetos quisieron ser pesados y/o medidos ni respondieron a todas las variables.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Tabla 2 – Distribución del Índice de Masa Corporal (IMC)

	MUJERES		VARONES		Prueba de proporciones	
	n ⁺	% (f)	n ⁺	% (f)	z	p
Delgadez (≤ 16.99)	253	8.7% (22)	156	7.7% (12)	-0.2	.863
Bajo peso (17 – 18.49)	253	11.1% (28)	156	14.7% (23)	0.9	.348
Peso normal (18.5 – 24.99)	253	71.1% (180)	156	61.5% (96)	-1.9	.057
Sobrepeso (25 – 29.99)	253	7.1% (18)	156	12.2% (19)	1.6	.120
Obesidad (≥ 30)	253	2% (5)	156	3.8% (6)	0.8	.412

Nota.

⁺No todos los sujetos quisieron ser pesados y/o medidos.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

cias entre los grupos respecto a las diferentes categorías del IMC. (Ver Tabla 2).

Imagen corporal

En la Tabla 3 se presentan los puntajes promedio obtenidos por mujeres y varones en Figura percibida y Figura deseada. Las mujeres se ven ($U = 18841.5$, p

$< .001$) y desean verse ($U = 7580$, $p < .001$) significativamente más delgadas que los varones. A su vez, mientras que las mujeres desean verse bastante más delgadas de lo que se perciben, no ocurre lo mismo con los varones. La diferencia entre la figura deseada y la figura percibida es significativamente mayor en las mujeres que en los varones ($U = 16337$, $p < .001$). Por otro lado, se analizó la insatisfacción y la dis-

Tabla 3 – Imagen corporal - Figura percibida y Figura deseada

	MUJERES		VARONES		U de Mann-Whitney	
	n ⁺	Media (DE)	n ⁺	Media (DE)	U	p
“Me veo”	283	4.73 (1.63)	171	5.3 (1.21)	18841.5	.000 ***
“Me gustaría verme”	281	3.81 (1.15)	170	5.19 (0.57)	7580	.000 ***
Diferencia entre como se ven y como les gustaría verse	281	-0.91 (1.53)	170	-0.11 (1.08)	16337	.000 ***

Nota.

⁺No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

torsión respecto de la imagen corporal. En este estudio se consideró *alto grado de insatisfacción con la imagen corporal* cuando las estudiantes deseaban verse tres o más figuras más delgada de la que se percibían, presentando un IMC < 30 kg/m². En cambio, para aquellas estudiantes con un IMC ≥ 30 kg/m², se consideró *alto grado de insatisfacción con la imagen corporal* cuando deseaban verse cinco o más figuras más delgada de la que se percibían. Se observó una proporción significativamente mayor de mujeres con un *alto grado de insatisfacción con la imagen cor-*

poral ($z = 4.07$, $p < .001$), tal como se muestra en la Tabla 4.

Por otra parte, se consideró *distorsión de la imagen corporal* cuando un sujeto con un IMC igual o menor a 20 kg/m² se ve “gordo” o “con exceso de peso”. No se hallaron diferencias significativas entre los grupos respecto a la *distorsión de la imagen corporal* ($z = 1.7$, $p = .084$), tal como se muestra en la Tabla 4. Ningún varón presentó alto grado de insatisfacción con la imagen corporal, ni distorsión de la imagen corporal.

Tabla 4 – Imagen corporal: Insatisfacción y Distorsión

	MUJERES		VARONES		Prueba de proporciones	
	n ⁺	% (f)	n ⁺	% (f)	z	p
Alto grado de insatisfacción con la imagen corporal	278	10.1% (28)	170	0% (0)	-4.07	.000 ***
Distorsión de la imagen corporal	269	2.6% (7)	170	0% (0)	1.7	.084

Nota.

⁺No todos los sujetos quisieron ser pesados y/o medidos ni respondieron a todas las variables.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Conductas Compensatorias Inapropiadas

En la Tabla 5 se presenta el porcentaje de adolescentes que llevan a cabo algunas conductas con el propósito de mantener o bajar de peso. Se halló que una proporción significativamente mayor de mujeres, en comparación con los varones, realizó dieta para adelgazar en el último año (24.7% de mujeres vs. 7% de varones; $z = -4.6$, $p < .001$) y se provocó vómitos una vez al mes o más (7.4% de mujeres vs. 1.2% de

varones; $z = -2.7$, $p = .007$).

En relación con otras conductas compensatorias inapropiadas, tales como consumo de laxantes, píldoras adelgazantes y diuréticos una vez al mes o más y realización de ejercicio físico más de dos veces por semana con el fin de mantener o bajar de peso, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 5 – Conducta Dietante y Conductas Compensatorias Inapropiadas

	MUJERES		VARONES		Prueba de proporciones		
	n ⁺	% (f)	n ⁺	% (f)	z	p	
Conducta dietante	283	24.7% (70)	171	7% (12)	-4.6	.000	***
Actividad física excesiva	282	17.7% (50)	170	13.5% (23)	-1.04	.297	
Vómitos autoinducidos	283	7.4% (21)	171	1.2% (2)	-2.7	.007	**
Laxantes	283	3.2% (9)	171	0.6% (1)	-1.5	.135	
Píldoras adelgazantes	283	2.5% (7)	171	1.2% (2)	-0.6	.536	
Diuréticos	283	1.4% (4)	171	0% (0)	-1.04	.297	

Nota.

⁺No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Subescalas del Eating Disorder Inventory-2

En la Tabla 6 se presentan los puntajes promedio en las subescalas del EDI-2 en mujeres y varones. Se encontró que las mujeres presentan puntajes promedio significativamente mayores en cinco de las once subescalas del EDI-2: *Búsqueda de delgadez* ($U = 18643.5$, $p < .001$), *Bulimia* ($U = 21521$, $p = .034$), *Insatisfacción con la imagen corporal* ($U = 15543.5$,

$p < .001$), *Ineficacia* ($U = 18567.5$, $p < .001$) y *Conciencia interoceptiva* ($U = 18865.5$, $p = .001$). En cambio, en *Perfeccionismo* son los varones los que poseen un puntaje promedio significativamente superior ($U = 19810$, $p = .003$). En las subescalas restantes (*Desconfianza interpersonal*, *Miedo a madurar*, *Ascetismo*, *Impulsividad* e *Inseguridad social*) no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 6 – Puntajes promedio en las subescalas del EDI-2 en mujeres y varones

	MUJERES		VARONES		U de Mann-Whitney	
	n ⁺	Media (DE)	n ⁺	Media (DE)	z	p
Búsqueda de delgadez	280	4.02 (5.51)	170	1.58 (2.77)	-4.023	.000 ***
Bulimia	280	1.39 (2.82)	171	0.87 (1.97)	-2.121	.034 *
Insatisfacción con la imagen corporal	280	6.64 (6.61)	163	3.32 (4.42)	-5.644	.000 ***
Ineficacia	280	4.22 (5.14)	167	2.59 (4.14)	-3.697	.000 ***
Perfeccionismo	280	3.70 (3.11)	170	4.74 (3.65)	-3.001	.003 **
Desconfianza interpersonal	282	2.93 (2.91)	171	2.77 (2.71)	-0.368	.713
Conciencia interoceptiva	283	4.04 (4.22)	165	2.76 (3.53)	-3.439	.001 **
Miedo a madurar	280	7.35 (3.98)	162	7 (4.03)	-1.148	.251
Ascetismo	276	2.90 (2.90)	169	2.96 (2.88)	-0.185	.853
Impulsividad	277	5.04 (4.84)	169	5.05 (4.79)	-0.149	.881
Inseguridad social	279	2.23 (2.46)	170	1.92 (2.57)	-1.556	.120

Nota.

⁺No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Detección de casos con TCA

En la primera fase del estudio, se encontró que una proporción significativamente mayor de mujeres presentaba riesgo de TCA -“probables casos de TCA”- (20.8% de mujeres vs. 5.8% de varones; $z = 4.2$, $p < .001$). Después de la segunda fase, se halló que también una proporción significativamente mayor de mujeres presentaba algún tipo de TCA (14.1% de mujeres vs. 2.9% de varones; $z = 3.7$, $p < .001$).

Mujeres

En la primera fase del estudio, se determinó que el 20.8% de las mujeres (59/283) presentaba riesgo de TCA (“probables casos de TCA”).

El 15.5% (44/283) fue identificada como “probable caso de TCA” por presentar un puntaje igual o superior al punto de corte en alguna de las tres primeras subescalas del EDI-2 (7 presentaban riesgo en las tres subescalas, 18 en dos y 19 en una). El 2.5% (7/283) fue identificada como “probable caso de

TCA” por presentar conductas purgativas con el fin de bajar o mantener el peso, aunque no alcanzara el punto de corte establecido en las subescalas del EDI-2 (3 se provocaban vómitos, 2 consumían laxantes y 2 diuréticos). El 2.8% (8/283) fue identificada como “probable caso de TCA” por presentar una combinación de diferentes características asociadas a los TCA aunque no alcanzara el punto de corte establecido en las subescalas del EDI-2 (pero con puntajes muy próximos), ni presentara conductas purgativas.

Durante la segunda fase del estudio fueron entrevistadas, con la *Entrevista diagnóstica semiestructurada* basada en el EDE (Fairburn & Cooper, 1993), todas las estudiantes identificadas como “probables casos de TCA” y un número similar de estudiantes en calidad de “controles” (21.6% de las mujeres -61/283-).

Después de la segunda fase se determinó que el 14.1% de las mujeres (40/283) presenta algún tipo de TCA. El 12% (34/283) había sido identificada como “probable caso de TCA” por presentar un puntaje igual o superior al punto de corte en alguna de las tres

primeras subescalas del *EDI-2*. El 1.1% (3/283) había sido identificada como “probable caso de TCA” por presentar conductas purgativas con el fin de bajar o mantener el peso. El 1.1% (3/283) había sido identificada como “probable caso de TCA” por presentar una combinación de diferentes características asociadas a estos trastornos. Por otra parte, se determinó que ninguno de los “controles” presentaba TCA.

Finalmente se destaca que, de la muestra total de mujeres, el 13.1% (37/283) presenta trastorno alimentario no especificado (TANE), el 0.7% (2/283) bulimia nerviosa (BN) y el 0.4% (1/283) anorexia nerviosa (AN).

Varones

En la primera fase del estudio, se determinó que el 5.8% de los varones (10/171) presenta riesgo de TCA (“probables casos de TCA”). El 4.7% (8/171) fue identificado como “probable caso de TCA” por presentar un puntaje igual o superior al punto de corte en alguna de las tres primeras subescalas del *EDI-2* (1 presentaba riesgo en las tres subescalas, 1 en dos y 6 en una). El 1.2% (2/171) fue identificado como “probable caso de TCA” por presentar conductas purgativas con el fin de bajar o mantener el peso, aunque no alcanzara el punto de corte establecido en las subescalas del *EDI-2* (1 se provocaba vómitos y 1 consumía laxantes). Ningún varón fue identificado como “probable caso de TCA” por presentar una combinación de diferentes características asociadas a los TCA, aunque no alcanzara el punto de corte establecido en las subescalas del *EDI-2* (pero con puntajes muy próximos), ni presentara conductas purgativas. Durante la segunda fase del estudio fueron entrevistados con la *Entrevista diagnóstica semiestructurada* basada en el *EDE* (Fairburn & Cooper, 1993), 9 de los 10 estudiantes identificados como “probables casos de TCA”. Uno de ellos fue detectado mediante el *EDI-2* pero no aceptó ser entrevistado y un número similar de estudiantes fueron entrevistados en calidad de “controles” (5.8% de los varones -10/171-).

Después de la segunda fase se determinó que el 2.9% de los varones (5/171) presentaba algún tipo de

TCA. El 2.3% (4/171) había sido identificado como “probable caso de TCA” por presentar un puntaje igual o superior al punto de corte en alguna de las tres primeras subescalas del *EDI-2*. El 0.6% (1/171) había sido identificado como “probable caso de TCA” por presentar conductas purgativas con el fin de bajar o mantener el peso. Por otra parte, se determinó que ninguno de los “controles” presentaba TCA.

Finalmente se destaca que todos los casos de TCA detectados en varones presentaban trastorno alimentario no especificado (TANE). No se halló bulimia nerviosa, ni anorexia nerviosa.

Conclusiones y discusión

En la primera fase de este estudio se determinó que el 20.8% de la muestra total de mujeres (59/283) y el 5.8% de la muestra total de varones (10/171) presentaba riesgo de TCA (“probables casos de TCA”), siendo la proporción de mujeres significativamente mayor que la de varones. En la segunda fase, los casos confirmados con diagnóstico de TCA alcanzan al 14.1% de la muestra total de mujeres (40/283) y al 2.9% de la muestra total de varones (5/171), siendo la proporción de mujeres también significativamente mayor que la de varones.

Los resultados que aquí se presentan muestran una prevalencia de TCA superior a la hallada en estudios sobre población adolescente no consultante de otros países que utilizaron la metodología de doble fase para la detección de estos trastornos. Rojo et al. (2003), en un estudio realizado con una muestra de adolescentes españoles, señalan una prevalencia de TCA del 5.7% en mujeres y del 0.77% en varones. A su vez, otros autores (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario & Martínez-Delgado, 2004) hallaron una prevalencia de TCA del 6.4% en adolescentes mujeres escolarizadas de entre 13 y 15 años. Nuestros resultados, sin embargo, son coherentes con otros estudios locales que emplearon exclusivamente cuestionarios autoadministrables, si solamente tenemos en cuenta la primera fase de este estudio. En un estudio realizado en Buenos Aires con una muestra de estudiantes de entre 13 y 23 años, se halló una prevalencia de TCA del 18.8% en mujeres (Quiroga

& Vega, 2003).

La disminución en la prevalencia de TCA al considerar no sólo cuestionarios autoadministrados sino también los datos provenientes de entrevistas “cara a cara”, se presenta en otros estudios de doble fase. Así, Rodríguez-Cano, Beato-Fernández y Belmonte-Llario (2005) por ejemplo, detectaron en adolescentes mujeres y varones una prevalencia del 3.71% luego de realizar una entrevista estructurada al 14.77% de los adolescentes de la muestra, evaluados como “*probables casos*” en la primera fase del estudio. Asimismo, en el estudio realizado en Argentina por Bay et al. (2005) con adolescentes que concurrieron al consultorio de un pediatra, se detectó un 19.2% de “*casos sospechosos*” de presentar un TCA a través de cuestionarios autoadministrados en una primera fase, disminuyendo notablemente el porcentaje a un 6.95% de casos confirmados de TCA, luego de realizar una entrevista diagnóstica.

En el presente estudio no se hallaron “*falsos negativos*”, es decir, ninguno de los sujetos “*controles*” que fue considerado sin riesgo de TCA en la primera fase, presentó diagnóstico de TCA al realizarse la entrevista diagnóstica en la segunda fase. Esto difiere de otro estudio en el que se detectó que un 2.6% de los “*controles*” presentaba TCA (Beato-Fernández et al., 2004). Por otra parte, en nuestro estudio se halló que un 32.2% (19/59) de las mujeres y un 40% (4/10) de los varones que fueron identificados como “*probables casos de TCA*”, finalmente no fueron confirmados, siendo este porcentaje inferior al referido en otros estudios (Beato-Fernández et al., 2004; Rojo et al., 2003) en los que más del 50% fue identificado como “*falso positivo*” en las entrevistas individuales.

A partir de los datos recabados en el presente estudio, se puede concluir que un puntaje igual o superior al punto de corte para las subescalas *Búsqueda de Delgadez, Bulimia e Insatisfacción con la Imagen Corporal* del EDI-2, junto con la presencia de conductas purgativas y la combinación de otras características asociadas a los TCA enunciadas más arriba, podrían ser utilizados como indicadores confiables para la identificación de casos con riesgo de TCA en nuestra población. Pero, se hace imprescindible rea-

lizar entrevistas diagnósticas clínicas “*cara a cara*” para finalmente confirmar la presencia del trastorno alimentario.

Por otra parte, la disparidad que muestran los estudios en cuanto a las tasas de prevalencias, no sólo se observa en función de la metodología utilizada (una o dos fases), sino también en función del sexo de los participantes. De manera consistente con otros estudios, se halló que los varones presentan una menor prevalencia de TCA y a su vez, menores puntuaciones en características asociadas a estos cuadros, como son la insatisfacción con la imagen corporal o la realización de dietas para bajar de peso. En el EDI-2, por ejemplo, se encontraron puntuaciones significativamente mayores en las mujeres en aquellas subescalas que evalúan conductas y actitudes con respecto a la alimentación, el peso y la imagen corporal asociadas a los TCA (*Búsqueda de delgadez, Bulimia e Insatisfacción con la imagen corporal*). Otra investigación llevada a cabo en Argentina, arribó a resultados similares (Casullo et al., 1996). En el mismo sentido, Herrero y Viña (2005) en un estudio realizado en España, encontraron que las mujeres presentan significativamente mayor búsqueda de delgadez e insatisfacción con la imagen corporal.

Diversos autores han señalado al perfeccionismo como una característica fuertemente asociada a los TCA (Chang, Ivezaj, Downey, Kashima & Morady, 2008; Cockell et al., 2002; Fassino et al., 2006). En nuestro estudio fueron los varones quienes puntuaron significativamente más alto que las mujeres en la subescala *Perfeccionismo*, quienes a su vez, presentaron menor riesgo de TCA en comparación con las mujeres. De todas maneras, nuestros resultados son consistentes con otros estudios que también hallaron mayores puntuaciones en esta subescala entre los varones (Casullo et al., 1996; Herrero & Viña, 2005).

Si bien Grammas y Schwartz (2009) encontraron que el perfeccionismo es una variable clave para comprender la insatisfacción con la imagen corporal en varones, destacaron que la insatisfacción en ellos no estaría asociada al ideal de delgadez como en las mujeres, sino al ideal de muscularidad. Otras investigaciones arribaron a conclusiones similares.

De hecho, el estudio realizado por Smolak y Murnen (2008) así como el de Rutzstein et al. (2004) muestran que mientras que en las mujeres se manifiesta una búsqueda de delgadez, en los hombres se manifiesta una búsqueda de muscularidad.

En nuestra investigación, una proporción significativamente superior de mujeres presentó un alto grado de insatisfacción con su imagen en comparación con los varones. Sin embargo, el instrumento utilizado para evaluar insatisfacción con la imagen corporal pareciera que se adecuaba mejor al ideal femenino de delgadez que al ideal más típicamente masculino de muscularidad. Esto podría explicar las diferencias halladas en nuestro estudio con relación a la imagen corporal, a la vez que plantea la necesidad de incluir en futuros trabajos instrumentos más adecuados para evaluar la insatisfacción con la imagen corporal en hombres. Esto permitiría conocer la particularidad de los varones en la manifestación de conductas relacionadas a la preocupación por el peso y la imagen corporal, que también podrían resultar riesgosas para su salud (para una revisión, McCabe & Ricciardelli, 2004).

Por último, algunas limitaciones de esta investigación deben tenerse en cuenta. Este estudio se realizó con una muestra de tipo intencional, lo cual no hace posible la generalización de los resultados. Por otra parte, quedaron excluidos aquellos sujetos que no están insertos en el sistema escolar. Otra limitación fue el tiempo transcurrido entre la primera y la segunda fase en algunos de los casos. Respecto al total de sujetos entrevistados (“probables casos de TCA” y “controles” que aceptaron ser entrevistados en la segunda fase), en el 33.3% (40/120) de las mujeres y el 15.8% (3/19) de los varones, el transcurso temporal entre las dos fases fue de seis a nueve meses. En cambio, en el 66.7% (80/120) de las mujeres y el 84.2% (16/19) de los varones, el transcurso temporal fue de uno a tres meses.

Agradecimientos. Deseamos agradecer la colaboración de los siguientes profesionales: Fernán Arana, Ana M. Armatta; Raúl Barrios; Marina Diez; Tatiana Estefan; M. Alejandra Grad Gut; Eduardo Leonarde-lli; Leonora Lievendag; Ana L. Maglio; Mariana Miracco, Paula Salaberry y los estudiantes Sofía Bustamante y Guido Cruz.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC, EE. UU.: American Psychiatric Association.
- Arnal, R. B. & Guirado, M. C. (2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*, 15 (4), 556-562.
- Baile, J. I., Raich, M. R. & Garrido, E. (2003). Evaluación de la insatisfacción corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*, 19 (2), 187-192.
- Bay, L., Rausch, C., Kovalskys, I., Berner, E., Orellana, L. & Bergesio, A. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103 (4), 305-316.
- Blake, D., Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goldbloom, D. S., et al. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 158, 570-574.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A. & Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. A spanish community-based longitudinal study. *European Child & Adolescence Psychiatry*, 13, 287-294.
- Bramon-Bosch, E., Troop, N. A. & Treasure, J. L. (2000). Eating disorders in males: A comparison with female patients. *European Eating Disorders Review*, 8(4), 321-28.
- Casullo, M. M., Castro-Solano, A. & Góngora, V. (1996). El uso de la escala EDI-2 (Eating Disorder Inventory) con estudiantes secundarios argentinos. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación de psicología*, 2 (2), 45-73.
- Chang, E., Ivezaj, V., Downey, C., Kashima, Y. & Morady,

- A. (2008) Complexities of measuring perfectionism: Three popular perfectionism measures and their relations with eating disturbances and health behaviors in a female college student sample. *Eating Behaviors*, 9, 102-110.
- Cockell, S., Hewitt, P., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E., Flett, G., et al. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (6), 745-758.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *British Medical Journal*, 320 (7244), 1240-1243.
- Correa, M., Zubarew, T., Silva, P. & Romero, M. I. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(2), 153-160.
- Espina, A., Ortego, A. M., De Alda, I. O., Aleman, A. & Juaniz, M. (2001). Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del País Vasco: Un estudio piloto. *Clinica y Salud*, 12 (2), 217-235.
- Fairburn, C. G. & Cooper Z. (1993). The Eating Disorder Examination. En C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.). *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Fassino, S., Piero, A., Gramaglia, C., Abbate-Daga, G., Gandione, M. & Rovera, G. G. (2006). Clinical, psychological, and personality correlates of asceticism in anorexia nervosa: From saint anorexia to pathologic perfectionism. *Transcultural Psychiatry*, 43 (4), 600-614.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory 2*. Odessa, FL: Psychosocial Assessment Resources.
- Gil, M. I., Candela, J. P. & Rodríguez, M. C. (2003). Atención primaria y trastornos de la alimentación: Nuestra actitud frente a ellos (I). *Atención Primaria*, 31 (3), 178-180.
- Gotthelf, S. J. & Jubany, L. L. (2005). Comparación de tablas de referencias en el diagnóstico antropométrico de niños y adolescentes obesos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103 (2), 129-134.
- Grammas, D. L. & Schwartz, J. P. (2009). Internalization of messages from society and perfectionism as predictors of male body image. *Body Image*, 6, 31-36.
- Herrero, M. & Viña, C. M. (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 67-83.
- Keel, P. K., Baxter, M. G., Heatherton, T. F. & Joiner, T. E. (2007). A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 116 (2), 422-432.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1), 23-33.
- Ley N° 26.396 Trastornos alimentarios. Boletín Oficial de la República Argentina, N° 31481. Buenos Aires, 3 de septiembre de 2008.
- Machado, P. P., Machado, B. C., Goncalves, S. & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (3), 212-217.
- McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan. A review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675-685.
- McVey, G., Tweed, S. & Blackmore, E. (2004). Dieting among preadolescent and young adolescent females. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (10), 1559-1561.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. Madrid: Meditor.
- Peláez, M. A. (2003). *Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid*. Tesis de doctorado, no publicada, Universidad Complutense de Madrid.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. & Raich, R. M. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (71 / 72), 33-41.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. & Raich, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: Consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (2), 135-148.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. & Raich, R. M. (2008). Comparison of single- and double-stage designs in the prevalence estimation of eating disorders in community samples. *The Spanish Journal of Psychology*,

- 11 (2), 542-550.
- Quiroga, S. & Vega, V. (2003). Trastornos alimentarios e imagen corporal en mujeres adolescentes. *Memorias de las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires "Salud, Educación, Justicia y Trabajo"*, (1), 113-115.
- Quiroga, S., Zonis, R. & Zukerfeld, R. (1998). Conductas alimentarias y factores psicopatológicos en mujeres ingresantes en la Universidad de Buenos Aires. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología/UBA*, 3 (2), 113-135.
- Rodriguez-Cano, T., Beato-Fernandez, L. & Belmonte-Llario, A. (2005). New contributions to the prevalence of eating disorders in spanish adolescents: Detection of false negatives. *European Psychiatry*, 20 (2), 173-178.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., et al. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 281-291.
- Rutzstein, G. (1996). Anorexia nerviosa: Modalidades de tratamiento. *Anuario de Investigaciones - Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires*, (4), 365-377.
- Rutzstein, G. (2005). *Psicoterapeutas cognitivos y psicoanalistas: Un estudio comparativo sobre inferencias clínicas centrado en trastornos de la alimentación*. Tesis de doctorado, no publicada, Universidad de Buenos Aires.
- Rutzstein, G., Armatta, A., Casquet, A., Leonardelli, E., López, P., Marola, M. E., et al. (2006, junio). Body image and eating disorders in ballet students. Sesión de cartel presentada en la International Conference on Eating Disorders, Barcelona, España.
- Rutzstein, G., Casquet, A., Leonardelli, E., López, P., Macchi, M., Marola, M. E., et al. (2004). Imagen corporal en hombres y su relación con la dismorfia muscular. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 13 (2), 119-131.
- Rutzstein, G., Maglio, A., Scappatura, M. L., Murawski, B., Leonardelli, E., Arana, F., et al. (2009, junio). *La insatisfacción con la imagen corporal y su relación con los trastornos alimentarios*. Trabajo presentado en el XXXII Congreso Interamericano de Psicología, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Sepúlveda, A. R., Gandarillas, A. & Carrobles, J. A. (2004) Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. Recuperado el 13 de julio de 2010 de *Psiquiatría.com*, 8 (2) <http://www.psiquiatría.com/revistas/index.php/psiquiatría-com/article/viewArticle/315/>
- Smolak, L. & Murnen, S. K. (2008). Drive for leanness: Assessment and relationship to gender, gender role and objectification. *Body Image*, 5, 251-260.
- Sociedad Argentina de Pediatría (1986). *Criterios de diagnóstico y tratamiento. Crecimiento y desarrollo*. Buenos Aires: Roemmers.
- Soldado, M. (2006). Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 4, 336-347.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. & Kaye, W. (2001). Males with anorexia nervosa: A controlled study of eating disorders in first-degree relatives. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 263-269.
- Thompson, M. A. & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body image assessment tool. *Journal of Personality Assessment*, 64, 258-269.
- Torres, A., Scappatura, M. L., Murawski, B. M., Elizathe, L., Armatta, A. M., Maglio, A. L., et al. (2009, agosto) Estudio comparativo de las características psicológicas de mujeres y varones con trastornos alimentarios. Sesión de cartel presentada en el I Congreso Internacional de Investigación y práctica profesional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación. Quinto encuentro de investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina.
- Vega, A. T., Rasillo, M. A., Lozano, J. E., Rodríguez, G. & Martín, M. F. (2005). Eating disorders. Prevalence and risk profile among secondary school students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 980-987.
- World Health Organization (2006). *Global Database on Body Mass Index. BMI classification*. Extraído de http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html